



- 
- Materia: enfermería gerontogeriatrica
  - Carrera: Lic. enfermería
  - Semestre/ cuatrimestre: 6 "c"
  - Maestro/a: Felipe Antonio morales.
  - Alumno: Sánchez espinosa Iván Julián

## “CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ANCIANOS”

En la sociedad en la que nos encontramos, las mejoras en las condiciones socioeconómicas, unido a los avances en las tecnologías, incluyendo los ocurridos en el campo de la sanidad, tanto en el ámbito preventivo de salud pública como nivel de diagnóstico y tratamiento, han traído un gran cambio. También ha ocurrido un cambio a nivel epidemiológico, con una variación en la incidencia y prevalencia de las causas de enfermedad y mortalidad, que evoluciona desde las enfermedades de etiología infecciosas a enfermedades de curso crónico, más dependientes de la edad. La aproximación a estos cambios plantea la necesidad de separar lo que es enfermedad de envejecimiento. El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, ni de cuidados paliativos, sino que significa disminución de la capacidad del organismo de adaptarse a situaciones de estrés. Esto conlleva que ante la enfermedad la respuesta sea distinta y por tanto que las manifestaciones que presenta no sean con frecuencia las esperadas en la población más joven, lo que dificulta su abordaje. A esto hay que unir el hecho de que se atribuyan manifestaciones patológicas al envejecimiento y se asuman como normales "para la edad" sin serlo. Otra de las características diferenciales de la enfermedad en el anciano frente a edades más jóvenes, es su tendencia a provocar incapacidad.

Los cuidados paliativos en ancianos no difieren en su filosofía y desarrollo de lo de los pacientes más jóvenes, lo que sí hay que tener en consideración son algunas peculiaridades, en relación con las características antes referidas, a la hora del abordaje. La decisión más importante para la selección de estos enfermos es establecer la renuncia razonable al tratamiento curativo específico para la enfermedad. Podríamos así dividirlos en dos grandes grupos:

- Oncológicos: la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años), si además unimos el retraso en la consulta, con lo que no se suele realizar un diagnóstico en fases precoces, así como el empleo de menos métodos curativos, nos encontramos en mayor proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos.
- prevalencia en ancianos, que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con la enfermedad:
  - enfermedad de parkinson.
  - enfermedad cerebrovascular
  - neumopatías crónicas

En estos pacientes con enfermedades no oncológicas la tendencia generalmente es a una evolución más lenta y renunciar al tratamiento específico suele ser más difícil. El paciente y su familia no tienen habitualmente la misma percepción de gravedad que en las oncológicas. Es más difícil establecer un pronóstico, el riesgo de error es elevado.

**ADOPCIÓN DE MEDIDAS:** La toma de decisiones es difícil de realizar y más en este grupo de población al que nos referimos. Además debemos tener en cuenta que no existe un punto definido a partir del cual solamente realizamos cuidados paliativos; sino un continuum de cuidados, una transición evolutiva. Para facilitar este proceso se propone el análisis, utilizando la valoración geriátrica sopesando las medidas que vamos a establecer y en función de los principios bioéticos, de:

- Situación evolutiva y progresión de la enfermedad
- Frecuencia de complicaciones
- Valoración de la crisis actual
- Actitud del enfermo ante los cuidados
- Grado de control de síntomas
- Opinión de la familia

#### **Valoración geriátrica;**

- Valoración clínica
- Valoración funcional
- Valoración mental
- Valoración social

**Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD);** Evalúan el grado de integración en la comunidad, las relaciones sociales. No son esenciales para el mantenimiento de la independencia, pero su afectación es precoz ante cualquier deterioro. Participación en grupos de tertulia, aficiones

**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):** Representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio: Escribir, cocinar transporte, compras, lavar, teléfono, manejo de medicación o del dinero.

Escalas:

- Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton
- Otras: PACE II, OARS (ambas la sección de AIVD)

**Valoración mental;** Hay dos aspectos ha tener encuentra: la esfera afectiva y la esfera cognitiva. La presencia de una alteración traduce una enfermedad y no debe ser justificada por el envejecimiento. Valoraremos el estado basal o previo y la situación actual. Es, como nos hemos referido anteriormente, importante recabar información del cuidador principal. Debemos realizar una historia adecuada incluyendo distintos aspectos: estado de ánimo, memoria, nivel de conciencia, lenguaje. Tiempo de evolución. En este caso los distintos test lo que nos aportan son apoyo para;

Test;

- Test de Pfeiffer SPMSQ
- Test de Shulman
- Mini Mental State Folstein
- Test de informador

El objetivo sigue siendo igual que en poblaciones jóvenes, mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares y cuidadores. Para conseguirlo en los pacientes ancianos deberemos aplicar la valoración geriátrica y así establecer un plan de cuidados individualizado por parte de un equipo multidisciplinar, incluyendo no sólo al paciente sino a su entorno (familia, cuidadores), permitiendo el seguimiento y la toma de decisiones ante las distintas circunstancias que se presenten. Los síntomas más frecuentes son la anorexia y astenia. El dolor, la disnea y dependencia los más importantes y temidos por el enfermo. Y la confusión y la incontinencia los más estresantes para los cuidadores. Su valoración (utilización de escalas) no difiere del realizado en personas jóvenes; pero a veces es difícil realizarlo por presentarse de forma menos llamativa y/o atípicamente, como confusión, agitación. Complicándose además en pacientes con deterioro cognitivo previo, trastornos

sensitivos, comorbilidad, ayudado por la autopercepción de que presentar dolor es una consecuencia del envejecimiento.

**Síndrome confusional agudo:** Ocurre en el 85% de los pacientes con neoplasia avanzada. A veces es difícil de diferenciar, pero es una de las presentaciones habituales de enfermedad o exacerbaciones de la misma, debemos estar atentos a su presentación e intentar tratar la causa siempre que sea posible y lo más precozmente o si no lo es ajustar el tratamiento sintomático (neurolépticos). Hay que tener en cuenta que es uno de los síntomas que más perturban a los familiares. Una de las grandes preocupaciones de esta población incluso más que la propia muerte. Se deben instaurar todas las medidas necesarias para disminuir la incidencia de este gran problema manteniendo siempre el grado máximo de independencia posible, adecuando nuestras actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas en este sentido.

Desde mi punto de vista es importante mencionar que los ancianos con enfermedades terminales tienen derecho a disponer de una serie de cuidados y atenciones en los últimos momentos de su vida, entre ellos: no sufrir inútilmente, respeto a su libertad de conciencia, conocer y opinar sobre su situación y sobre las intervenciones a las que se los van a someter, mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares y amigos. . Hay que tener en cuenta que a la hora de producirse deterioro, no sólo influye la enfermedad sino el manejo que empleemos, por lo que debemos adecuar las actuaciones que realicemos a las características que hemos comentado de los pacientes ancianos para intentar minimizar las consecuencias negativas de nuestras intervenciones.

## Bibliografía

- Barrantes Monge, M., García Mayo, E. J., Gutiérrez Robledo, L.M., MJ., Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos, Salud Pública de México, 2007; 49(sup 4):459- 466.
- ● Dorantes-Mendoza, G., Ávila Funes J.A., Mejía Arango, S., Gutiérrez Robledo, L. M., Factores asociados con la dependencia funcional en las personas mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, Revista Panamericana de Salud Pública, 2007;22(1):1–11.